

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 75

LE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

A BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 mai 1921

PAR

Charles-Léon-Alexandre FORTIN

Né à Paris (Seine) le 21 avril 1889

Examineurs de la Thèse

MM. CRUCHET, professeur.....	Président
VERGER, professeur.....	
PETGES, agrégé.....	Juges.
DUPÉRIÉ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1921

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1920-1921

N° 75

LE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

A BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 4 mai 1921

PAR

Charles-Léon-Alexandre FORTIN

Né à Paris (Seine) le 21 avril 1889



Examineurs de la Thèse

{	MM. CRUCHET, professeur.....	Président
	VERGER, professeur.....	Juges
	PETGES, agrégé.....	
	DUPÉRIÉ, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE A. SAUGNAC & E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.			MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.	Médecine expérimentale....	FERRÉ.
	CASSAËT.	Clinique ophtalmologique...	LAGRANGE.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.	Clinique chirurgicale infan-	
	VILLAR.	tile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des mala-	
Anatomie pathologique.....	SABRAZÈS.	dies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie.....	N...	Chimie biologique.....	DENIGES.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Physiologie.....	PACHON.	Pathologie exotique.....	LE DANTEC.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies cuta-	
Médecine légale.....	VERGER.	nées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	Clinique des maladies des	
Chimie.....	CHELLE.	voies urinaires.....	POUSSON.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Clinique psychiatrique.....	ABADIE.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie....	MOURE.
Zoologie et parasitologie....	MANDOUL.	Toxicologie.....	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.			MM.
Anatomie.....	PRINCETEAU.		LEURET.
	PICQUÉ.	Médecine générale.....	DUPÉRIÉ.
Anatomie et embryologie.....	N...		CREYX.
Histologie.....	LACOSTE (chargé).		N...
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PIERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
	R. SIGALAS (chargé)		GUYOT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	N...	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Physique biologique et médicale.....	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et médicale.....	N...		PAPIN.
	PETGES.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	CARLES.	Ophtalmologie.....	FAUGÈRE.
	MAURIAC.	Pharmacie.....	TEULIÈRES.
			LABAT.

CHARGÉS DE COURS :

Cours de clinique dentaire.....	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.....	FAUGÈRE.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture.....	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....	SELLIER.
Cours complémentaire d'Hygiène appliquée.....	N...
Cours complémentaire d'Analyse chimique qualitative et quantitative.....	N...
Cours complémentaire de Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Cours complémentaire de Microbiologie.....	N...
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	GUYOT.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS ET CAMARADES TOMBÉS A L'ENNEMI

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DE L'HOPITAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETGES

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CRUCHET

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MÉDECIN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

AVANT-PROPOS

Avant de présenter notre travail, nous tenons à remercier tout particulièrement deux de nos maîtres, vers qui doit aller notre reconnaissance et notre admiration.

M. le Professeur Cruchet, dont nous avons eu l'honneur d'être l'élève, nous est apparu comme le chercheur curieux, dont l'ardeur scientifique, exempte de passion et d'intérêt, ne connaissait d'autre but que la découverte, d'autre récompense que la vérité.

Inspirateur de notre thèse, il a mis à notre disposition toute sa science, sa clairvoyance et ses conseils.

Que ce maître sans cesse bienveillant reçoive ici l'expression de toute notre gratitude.

M. le Professeur agrégé Petges, qui a été le directeur de nos recherches et dont le travail et l'opinion sur la question qui nous intéresse ont servi de base à notre étude, nous a ouvert en quelques instants de conversation des horizons insoupçonnés sur la nature vraie de certaines maladies et sur la façon dont il faut savoir les regarder et les comprendre. Qu'il soit assuré que ses paroles et ses conseils ne seront pas perdus.

Nous avons à cœur de lui dire ici que nous sommes pénétré de sa bonté, de son amabilité, de la valeur précieuse de son enseignement, de sa compétence si étendue et si haute sur tout ce qui peut intéresser notre art difficile.

Au moment de quitter la Faculté, nous tenons à remercier ici tous nos maîtres, pour tout ce qu'ils ont fait pour nous, en les priant de ne point voir dans cette phrase

banale l'accomplissement d'un devoir traditionnel, mais l'expression d'un sentiment profond qu'il nous est agréable de leur adresser.

Nous avons aussi pour cette dernière épreuve que constitue une thèse un peu d'indulgence à leur demander.

Nous aurions voulu un travail plus digne de leur enseignement et de leur effort. Nous avons eu une enquête difficile à faire, des matériaux bien épars à rassembler ; nous alléguons le peu de documents sur la question, l'état de nos connaissances un peu sommaires en la matière, la difficulté de se faire une opinion sur un sujet si fécond en discussion et si nouveau encore.

C'est cette dernière raison qui nous a fait choisir cette étude. C'est elle qui nous servira d'excuse.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de fixer un peu l'allure épidémique et les manifestations de ce hoquet singulier qui fit parler de lui dans tous les milieux médicaux : à la fin de l'année dernière et au commencement de cette année.

Pour ne pas nous égarer nous avons dû limiter nos recherches à la ville même de Bordeaux. Notre travail n'a d'autre prétention que de résumer et de grouper les cas connus. Nous avons dû à la fin essayer d'esquisser une pathogénie et un type clinique complet de cette affection. Il nous semble que nous aurions dû envelopper nos phrases de plus de prudence et ouater de réserves nos conclusions ; mais nous n'y changerons rien, car nous avons pour nous l'avis de nos maîtres et que, certain d'avoir fait une récolte consciencieuse de faits, nous pouvons sans crainte la livrer telle qu'elle est.

INTRODUCTION

Vers le mois de décembre 1920 et même vers la fin du mois de novembre, l'attention des médecins fut attirée par l'existence de cas de hoquet épidémique. Ces cas, presque tous semblables, survenaient chez un sujet en pleine santé et consistaient, comme seul symptôme, en un hoquet se produisant sur un rythme de deux ou trois contractions par minute; hoquet durant la nuit comme le jour et finissant par être très fatigant. De temps en temps il se produisait une pause de demi-heure environ, puis le hoquet reprenait. Dans la majorité des cas cette affection durait trois jours et s'arrêtait comme elle avait commencé, brusquement, sans laisser après elle qu'un mauvais souvenir et de la fatigue.

Quel était donc ce hoquet? Il n'avait aucun caractère de contagiosité, mais l'abondance soudaine des cas, alors que jusqu'à présent personne n'avait gardé le souvenir de faits semblables, lui fit donner le nom de hoquet épidémique.

Il y eut donc vers le mois de décembre 1920 une véritable épidémie de hoquet et, certainement, si on connaissait le nombre exact de tous les cas qui se sont produits, on en serait fort étonné. La constatation par le médecin de ce hoquet était chose rare, bien souvent les gens attendaient, se soignaient chez eux et arrivaient ainsi au troisième jour, stade de guérison habituelle, sans que personne connut jamais leur bizarre affection.

Il faut croire cependant que les cas connus furent assez

nombreux et intriguèrent suffisamment les praticiens; car nous voyons à cette époque toutes les sociétés savantes s'en occuper.

C'est ainsi que MM. Logre et Heuyer, Sicard et Paraf à la Société de Neurologie (2 décembre 1920), Achard et Rouillard, Cl. Vincent, Rivet à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (Séance du 10 décembre 1920), attirèrent l'attention du corps médical sur l'existence de cette maladie nouvelle et sa brusque apparition à ce moment-là.

« La maladie nouvelle », répondant presque à un besoin social, fit fortune. Toutes les sociétés en parlèrent, tous les périodiques eurent leur article sur la question et cela fut bien dommage car la vérité certainement en souffrit. Le hoquet devient assez rapidement une question de mode, quelques-uns parlèrent de suggestion, d'hystérie; on se souvint de la vogue qu'eut l'appendicite au temps où Edouard VII eut la sienne; on se souvint que les hivers précédents on avait eu l'Encéphalite, et ce dernier souvenir prit une grosse part dans les destinées du hoquet épidémique. Dès lors, cet hiver là, le hoquet fut la maladie à la mode.

Cependant des médecins sérieux continuaient à constater des cas de ce genre, en nombre inusité, chez des clients dépourvus de snobisme et insoupçonnables de suggestion et qui ignoraient même ce qui se disait de cette maladie.

M. Raillet décrivit le hoquet épidémique à Reims. M. Lafosse communiqua l'observation de quinze cas de hoquet persistant à Belfort. A Bordeaux, le Professeur Petges, à l'occasion du *prima mensis* de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (décembre 1920), éveilla l'attention de ses confrères sur la question et publia, dans la *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, une observation détaillée de hoquet, suivie des autres cas connus et de ses conclusions personnelles. Un journal espagnol, paru à cette époque, donna aussi un article sur la question. Il semble qu'actuellement, au printemps 1921,

l'affection ait évolué et terminé son cycle. Nous sommes peut-être au meilleur moment pour la juger.

Nous avons pris connaissance de tous ou presque tous les cas publiés. Pour cela nous nous sommes adressé aux divers bulletins et comptes rendus des sociétés savantes, pour notre instruction personnelle et prendre ainsi connaissance des maîtres compétents. Mais pour le travail que nous présentons et pour justifier notre titre, nous avons dû limiter notre étude et ne tenir compte que des cas survenus à Bordeaux.

Nous pouvons cependant signaler ici, pour ne plus y revenir, que dans notre région du Sud-Ouest l'épidémie fut très inégale dans les divers départements : très importante à Bordeaux, dans le Lot-et-Garonne, en Charente-Inférieure, elle sévit avec moins de rigueur dans les Landes, le Gers, pour être à peu près nulle dans les Basses-Pyrénées, ainsi qu'il résulte d'une enquête personnelle auprès de divers médecins de ces régions.

Mais le hoquet n'ayant pas, la plupart du temps, nécessité les soins d'un médecin, les chiffres n'ont que peu de valeur en l'espèce. Signalons cependant, sans vouloir y insister, que les régions qui connurent le plus de hoquet furent les mêmes que celles qui eurent le plus d'encéphalite.

Pour étudier cette question à Bordeaux, nous nous sommes adressé, sur le conseil et les indications de nos maîtres, au plus grand nombre de médecins praticiens exerçant à Bordeaux et susceptibles de traduire le mieux l'état sanitaire de la ville. Nous tenons à les remercier tous ici du concours indispensable qu'ils nous ont apporté et de la bienveillance avec laquelle ils nous ont communiqué leurs observations et leurs réflexions sur la question qui nous intéressait.

Nous allons donc exposer ici le résultat de notre enquête

et donner les observations que nous avons pu recueillir. Nous ne les donnerons pas toutes, car beaucoup sont calquées sur le même type, nous donnerons les plus caractéristiques et les mieux prises; presque toutes, en effet, sont des auto-observations de médecins affectés eux-mêmes par le hoquet, par conséquent elles ont toutes les qualités possibles de précision et d'exactitude. Nous nous contenterons de signaler les autres cas connus.

Nous donnerons ensuite quelques mots sur le hoquet et sa pathogénie, nous nous efforcerons de classer ce hoquet épidémique et de présenter son véritable type clinique. Nous discuterons enfin les différentes opinions qui ont été émises, pour établir en terminant quelques notions d'étiologie et de thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Observations.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. Ragot)

M. E... G..., quarante-six ans, tonnelier. Sans antécédents pathologiques, aucuns phénomènes prodromiques les jours précédents. Etat de santé parfaite. Un soir, le 16 novembre 1920, après une journée de travail particulièrement pénible, à rouler des barriques sur les quais, rentre chez lui en sueur ; il néglige de changer de flanelle et s'assied dans sa chambre la fenêtre ouverte pour lire son journal. Le hoquet apparut aussitôt, il n'y fit guère attention d'abord mais il en éprouva une grosse gêne pendant son repas. Il continua à hoqueter toute la nuit ; le lendemain il ne put aller à son travail et le soir du second jour il se décida à entrer à l'hôpital, craignant que ce hoquet si persistant ne fut le prélude d'une maladie grave.

Je le vis le lendemain matin : il avait la figure rouge et les yeux un peu injectés. Pas de température. L'auscultation ne décèle rien. Le hoquet entrecoupait ses paroles et j'eus de la peine à comprendre son histoire. Les secousses étaient très fréquentes, une toutes les dix secondes environ. Le bruit glottique était si fort que cela provoquait l'hilarité de la salle, et que pour la nuit on dut le mettre dans un cabinet isolé. C'était le premier cas que je voyais et je ne connaissais pas l'existence d'un hoquet épidémique. Le simple effort qu'il faisait pour me causer semblait redoubler son hoquet et à un certain moment il faillit vomir. Je le condam-

nai au silence, lui fis donner des morceaux de glace à sucer, et lui fis une injection de un milligramme d'atropine.

Quand je revins le soir à cinq heures, je trouvai mon malade guéri, il me demanda à sortir de l'hôpital. Le hoquet avait cessé vers trois heures, il avait donc duré près de quarante-huit heures. J'ai revu cet homme depuis, il n'a rien ressenti de nouveau.

OBSERVATION II

(Communiquée par le Docteur V...)

Etat grippal léger depuis le début de janvier 1921. Céphalée légère le soir, quelques frissons, courbature dans le dos, entre les épaules, inappétence. Huit jours environ après, vers six heures du soir, apparition brusque du hoquet : douze secousses à la minute environ, très régulier, continu, mais présentant toutes les heures une pause d'un quart d'heure.

L'eau chloroformée, la compression du phrénique et des globes oculaires, les inspirations lentes et profondes, toutes les vieilles méthodes populaires, la position horizontale sur le ventre, rien n'y fit. Les repas étaient calmes, et il me semblait que l'absorption d'un liquide chaud arrêtaient pour un moment ce hoquet. Mais les nuits étaient aussi agitées que les jours.

Jamais de température : pas plus de 37°5 ; ce hoquet dura quatre jours. Il s'arrêta soudain. ce qui me causa une grande sensation de soulagement. Cependant cette courbature et cette anorexie qui l'avaient précédé, très banales d'ailleurs, persistèrent quatre ou cinq jours encore.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. Ragot)

T... J..., chauffeur d'automobile, quarante-six ans, Bordeaux.

Quelques antécédents nerveux dans sa famille. Pas d'antécédents personnels pathologiques. A fait son service et toute la guerre. Grippe en janvier 1918 ; grippe légère puisqu'elle ne l'a pas fait évacuer du front ; consistant en des malaises, de la fatigue, quelques céphalées, un vomissement, pas de phénomènes

pulmonaires. Elle dura trois semaines environ et fut traitée à l'aspirine. Depuis, tous les hivers, 18-19 et 20-21, il est repris des mêmes phénomènes vers le mois de décembre, mais cet état ne dure qu'une semaine environ.

Au commencement du mois de décembre 1920, brusquement, pendant son travail et en pleine santé, le hoquet survint, très violent toutes les six ou sept secondes. Ce hoquet dura quarante-huit heures sans arrêt, ni le jour ni la nuit. A certains moments, cependant, les secousses s'espaçaient et il en profitait pour prendre quelque nourriture; il ne lui aurait pas été possible de faire un long repas. Il avait très légèrement mal à la tête et le second jour l'épigastre était naturellement douloureux. Le hoquet cessa très brusquement et deux jours après, son état grippal de chaque hiver se réveilla; il se traita par le lit et quelques tisanes et guérit en huit jours complètement.

OBSERVATION IV

(Communiquée par le Docteur M...)

C'était en décembre 1918 (nous tenons à faire remarquer cette date, car ce cas serait de deux ans antérieur à l'épidémie qui nous occupe et même le premier signalé).

Brusquement, un soir, sans aucun phénomène grippal antérieur, je fus pris d'un hoquet violent à cadence de trois ou quatre secousses par minute. Je soignais à ce moment un malade de ma famille atteint d'une maladie qui fut reconnue plus tard pour de l'encéphalite à forme méningée. Je n'avais rien vu d'analogue dans ma clientèle. Ce hoquet dura trois jours très exactement, ne me gênant que très peu pour manger, mais beaucoup pour dormir. Il s'arrêta subitement sans aucun traitement.

OBSERVATION V

(Observation du Docteur B... atteint de hoquet)

Début de la maladie : le lundi 27 décembre, à huit heures et demie du matin, après une douche froide, par un hoquet en apparence banal, survenant d'abord toutes les trois ou quatre minutes,

puis les secousses se précipitent en même temps qu'elles deviennent plus fortes. A midi, il y a une contraction toutes les deux minutes environ.

L'ingestion des aliments calme le hoquet qui disparaît vers le milieu du repas pour ne réapparaître que deux heures après. Dans l'après-midi, secousses fréquentes, on note une secousse toutes les huit secondes vers sept heures du soir. Disparition du hoquet au cours du repas du soir ; réapparition une heure après la fin du repas, le hoquet dure jusqu'au soir.

Dans la nuit, réveil et crise qui dure une heure et demie, sueur abondante et légère courbature générale. Sommeil normal dans le reste de la nuit.

Le mardi, hoquet tous les cinq ou six secondes, jusqu'au déjeuner. A noter : dans la matinée une sensation de malaise général, liée vraisemblablement au malaise de la nuit précédente. Comme la veille, le repas fait disparaître le hoquet qui réapparaît vers deux heures et disparaît au cours d'une sieste. Il reprend vers quatre heures, avec un rythme un peu plus lent et une intensité moins grande. Devant ces symptômes on consulte le Docteur Pelges qui conseille un gramme d-aspirine et adresse au Professeur Cruchet. La crise dure jusqu'au repas. Dans la soirée, quelques secousses encore. Température 37°1. Nuit normale.

Le mercredi, quelques contractions peu fortes dans la journée. A noter que dans la journée du mardi et celle du mercredi, il a existé une sensation de gêne douloureuse située à la hauteur de la dixième dorsale, ne s'exagérant pas par la respiration forcée, sans point douloureux superficiel. Pas d'autres troubles qu'un très léger coryza et un peu de fatigue générale. Le jeudi tout était rentré dans l'ordre. La compression des globes oculaires, pas plus que celle du phrénique n'a donné de résultat.

En résumé : hoquet pendant deux jours entiers, calmé par les repas et le sommeil, sans autres phénomènes notables et ayant disparu sans laisser de traces. A noter cependant que ce Docteur avait vu, cinq ou six jours auparavant, un cas de hoquet dans les environs du Carbon-Blanc.

OBSERVATION VI

(Publiée par le Docteur Pelges, *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales*,
6 février 1921)

M. X..., quarante-huit ans, médecin, fait sa consultation d'hôpital, de neuf heures à onze heures, dans une pièce surchauffée, dont il fait remarquer l'excès de température à ses aides et stagiaires. A onze heures, sans pardessus ni veston, en blouse d'hôpital, il séjourne dans les jardins, immobile, durant une dizaine de minutes, exposé à un courant d'air vif, puis il reste à travailler à la pharmacie durant plus d'une heure, toujours peu vêtu dans un local non chauffé.

Habituellement frileux et très couvert, vivant dans des pièces très chauffées, il ressent nettement une impression de refroidissement pénible, de frisson, de malaise, et cherche à se réchauffer en marchant à pied pour rentrer chez lui.

Après un déjeuner rapide, il commence sa consultation à une heure trois quarts et ressent bientôt un malaise général avec gêne et petite douleur à la déglutition du côté droit, rappelant une angine légère. Bientôt surviennent des douleurs gastriques rappelant les douleurs des crises d'hyperchlorhydrie et vers deux heures commence un hoquet qui durera près de trente heures.

Durant toute l'après-midi, la crise douloureuse gastrique, que le malade n'avait jamais éprouvée, persiste très pénible, au point qu'il est obligé de provoquer des vomissements par l'eau tiède et des titillations de l'arrière-gorge, vers dix heures du soir. Le vomissement entraîne un certain soulagement notable dans les douleurs gastriques, sans calmer le hoquet.

Ce hoquet se produit sur un rythme de trois contractions par minute, à peu près régulièrement une contraction sur trois était redoublée. La position allongée, le repos absolu, paraissent arrêter les secousses durant quelques minutes, puis elles recommencent. Tous les petits moyens mis en œuvre n'avaient aucun effet. Pendant la nuit il s'est produit quelques accalmies, durant des périodes de demi-heure à une heure au maximum, le malade dormant légèrement et étant vite réveillé par la reprise des secousses, qui étaient assez violentes pour ébranler son lit. Cet état a persisté toute la journée du lendemain.

Les moyens les plus variés, bien connus, ont été mis en œuvre, sans le moindre résultat, en particulier la cocaïne en pastille n'a eu aucun effet. Bien entendu, le malade se sentait très las, avec sensation de courbature ; les attaches du diaphragme, les muscles du thorax étaient très endoloris, de telle sorte que les contractions devenaient de plus en plus pénibles.

La température est restée normale et n'a pas dépassé 37°, malgré la petite angine signalée. Pas de toux, aucun signe pulmonaire ou pleural, nerveux ou autre.

Trente heures environ après le début du hoquet, le malade a pris de l'aspirine, à la dose de un gramme, en solution dans un demi-verre d'eau. L'effet a été remarquable : tandis que le hoquet conservait, avant cette médication, son acuité et sa violence au même degré que la veille, un quart d'heure après la prise d'aspirine, il s'arrêtait net. Rien n'a plus reparu ensuite. Le sujet a pu dîner, causer toute la soirée. Après un purgatif salin, le lendemain matin il a pu reprendre ses occupations sans le moindre trouble. Son état de santé est parfait depuis cet accident.

Aucun membre de sa famille n'a présenté de troubles analogues. Le malade ignorait absolument l'existence de cas semblables et n'a pu présenter des troubles purement nerveux ou d'imitation.

Un des étudiants de son service est venu le consulter pendant que lui-même était atteint, pour des phénomènes calqués sur le même tableau symptomatique, survenus le même jour, à la suite des mêmes causes de refroidissement, ayant duré quarante-huit heures.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le Docteur P...)

Le Docteur P..., vingt-neuf ans, est pris dans la journée du 8 décembre 1920 et pendant le repas de midi d'une crise de hoquet. Ce hoquet, dont le caractère spasmodique est particulièrement intense, débuta brusquement sans qu'un seul signe prémonitoire ait pu le faire soupçonner, sans que le moindre prodrome ait pu l'expliquer. Cet accès de singultus dure de midi à dix sept heures. Rebelle à tous les traitements dont l'usage semblait avoir consacré l'efficacité et que nous rappellerons plus loin ; ce hoquet incoercible avait un rythme très régulier et était du type dit

« complet », chaque spasme du diaphragme s'accompagnait du bruit glottique. Se produisant à une cadence assez uniforme de trois spasmes à la minute, ce hoquet non douloureux mais très gênant empêchait l'alimentation et rendait la conversation si pénible que le plus sage parti à prendre semblait encore se taire.

A dix-sept heures, sans aucune raison apparente, en dehors de tout traitement, cessation de la crise. Cet arrêt ne survint pas brusquement, mais fut précédé d'une période évaluée à un quart d'heure durant lequel les spasmes se firent plus espacés et moins violents.

A dix-huit heures et quart, bien avant le repas du soir, nouvelle reprise, toujours inexplicable quant à son facteur déterminant. Même cadence, mêmes caractères. Cet état persiste jusqu'à vingt heures et demie, ayant empêché la prise d'aliments et laissant, même après son arrêt, une phobie véritable pour toute ingestion susceptible de réveiller le hoquet. Le calme dure de vingt heures et demie à vingt-deux heures. A cette heure, et cela coïncidant avec le coucher, nouvelle crise qui ne s'arrête qu'à deux heures du matin. Pendant cette crise les spasmes se sont faits franchement douloureux, la région épigastrique, la région solaire sont endolories; le rythme des spasmes s'est accéléré atteignant une cadence de six à la minute. Le hoquet, jusque là complet, devient incomplet, le bruit glottique ne venant s'ajouter que très irrégulièrement au spasme inspiratoire du diaphragme. Le Docteur P... compte jusqu'à six et sept spasmes diaphragmatiques pour un seul bruit glottique. Cet accès est très pénible, angoissant même, car tout traitement échoue. Des spasmes cloniques de la paroi abdominale et du cou remuent douloureusement le corps et aboutissent même à une véritable tétanie des muscles de ces deux régions. Puis, vers une heure et demie du matin, les spasmes s'espacent, diminuant aussi bien en quantité qu'en violence. A deux heures, calme absolu, dépression nerveuse mais aucun phénomène général. Pouls à 78. Sommeil de deux heures à sept heures et demie.

Le 9 décembre, à huit heures et quart, dans la rue, la crise reprend, mais son intensité ne rappelle en rien celle de la nuit passée. D'ailleurs cet accès s'arrête à neuf heures et cet arrêt coïncide avec la rencontre fortuite d'un groupe d'amis avec lesquels le Docteur P... se met à causer.

Reprise à onze heures et demie jusqu'à seize heures. Mêmes caractères de violence que pendant la nuit précédente. Impossibilité et d'ailleurs nulle envie de prendre le moindre aliment. De seize à dix-huit heures et quart repas. De dix-huit heures et quart à dix-neuf heures petite crise peu violente, cadence : deux spasmes à la minute ; hoquet complet.

La soirée est passée au théâtre sans un seul accès de hoquet. Mais, aussitôt la sortie dans la rue, la crise reprend avec une intensité rapidement croissante, jusqu'à cinq heures du matin et amenant maintes fois des contractions de l'estomac sans jamais aboutir cependant à l'évacuation spasmodique de cet organe. De cinq heures à huit heures arrêt et sommeil.

Le 10 décembre : de huit heures à dix heures et demie, crise de hoquet, cadence de deux spasmes à la minute ; les spasmes sont moins violents et le Docteur P... devine une amélioration de son état. En effet, de dix heures et demie à seize heures, calme absolu permettant l'absorption timide de quelques aliments. De seize heures à dix-huit heures et demie, crise peu intense et ne revêtant plus le caractère angoissant de celles du 8 et du 9. De dix-huit heures et demie à deux heures du matin repos. Repas du soir sans incident. Sommeil profond et réparateur. Mais à deux heures petite crise jusqu'à quatre heures, les spasmes sont espacés et battent assez exactement la minute. De quatre heures à sept heures, sommeil.

Le 11 décembre : de sept heures à dix heures, repos. De dix heures à 12 heures et demie, crise légère, ayant tous les caractères de celle de deux heures du matin. Cette crise fut la dernière et ainsi disparut de lui-même un hoquet incoercible qui s'était déclaré inopinément. En effet, les antécédents du Docteur P... ne permettent pas de rattacher cette crise à un passé nerveux, un état de nervosisme passager, ou de lui attribuer une cause psychique, traumatique, infectieuse ou mécanique. Le Docteur P... ignorait l'existence de cas semblables.

Aucun prodrome n'annonça cette crise, aucun phénomène général ne l'accompagna. La température et le pouls restèrent normaux et, les accès terminés, le Docteur P... n'éprouvait aucune douleur locale ou générale. L'appétit lui-même était conservé, mais la plupart des crises coïncidèrent avec l'heure des repas et la crainte seule d'écourter un calme très attendu empêcha

maintes fois le Docteur P... de s'alimenter dans leur intervalle. Le sommeil, lorsqu'il fut permis, fut calme et réparateur.

Voici l'opinion que s'est fait le Docteur P... de sa crise de hoquet : sans aucune cause efficiente cliniquement perceptible, ce hoquet, installé brusquement, dont les crises allèrent crescendo en nombre et en violence pendant plus de quarante heures, diminuèrent assez régulièrement pendant vingt-quatre heures, ne s'accompagna d'aucun phénomène morbide concomittant, et une fois disparu il ne laissa rien d'autre qu'un mauvais souvenir.

Le Docteur P... avait tout essayé pour se soulager : les traitements médicamenteux classiques restèrent sans effet, belladone, opium, éther, chloral. Les traitements mécaniques furent inefficaces eux-mêmes, traction rythmée de la langue, compression oculaire, réplétion et distension mécanique de l'œsophage, compression digitale du phrénique, serviette mouillée froide, soit dans le dos, soit dans la région solaire, massage profond de l'abdomen supérieur. Ajoutons que seul, parmi son entourage, le Docteur P... fut atteint de ce mal plus gênant que dangereux.

OBSERVATION VIII

(Docteur M...)

Un cas de hoquet chez un chauffeur-mécanicien : durée trois jours, traité par la liqueur d'Hoffmann et le chanvre indien.

OBSERVATION IX

(Docteur S...)

Un cas personnel ayant duré quarante heures et survenu quelques jours après le cas relaté dans l'observation 6.

OBSERVATION X

(Docteur C...)

Un cas de hoquet suivi de mort (?). L'autopsie montra une occlusion intestinale par une anse grêle étranglée dans une déchirure du mésocolon. Nous faisons toutes réserves sur ce cas, nous contentant de le signaler et de donner l'opinion du médecin qui l'a vu : le hoquet aurait été le seul symptôme de cet étranglement.

OBSERVATION XI

(Docteur C...)

Homme de cinquante ans, surpris en parfaite santé par un hoquet qui a duré dix jours, hoquet continu l'empêchant de dormir et de s'alimenter convenablement.

OBSERVATIONS XII et XIII

(Docteur M...)

Deux cas de hoquet : durée quarante-huit heures, survenus chez deux personnes d'un rang social élevé ayant connaissance du hoquet épidémique. Rôle possible d'une suggestion.

OBSERVATIONS XIV et XV

(Docteur B...)

Deux cas de hoquet de trois jours de durée survenus chez deux clients.

OBSERVATIONS XVI, XVII et XVIII

(Docteur L...)

Hoquet de quarante-huit heures sans arrêt chez un homme de cinquante ans.

Le bromure de potassium et les pastilles de cocaïne ont été essayés.

Hoquet de quarante-huit heures, chez un homme de trente ans.

Hoquet de trente-six heures seulement chez une femme de vingt-trois ans : hoquet moins intense que dans les cas précédents et ayant cessé trois heures après la prise d'un gramme d'aspirine.

Sans vouloir relater ici d'autres observations nous avons encore six cas connus de hoquet, ce qui porte à vingt-quatre le nombre des cas observés.

Nous répétons que ce nombre ne donne qu'une très faible idée des cas qui ont dû se produire, car il était

presque exceptionnel que le médecin soit consulté. Ces cas connus se sont manifestés de façon sporadique, le hoquet cependant semble avoir prédominé dans les quartiers sud de Bordeaux, vers Talence. La très grande majorité date de décembre 1920. Nous ne pouvons pas fixer avec plus de précision la figure épidémique de l'affection.

CHAPITRE II

Les différents hoquets.

Le hoquet est, suivant Eloy, « une contraction subite et spasmodique du diaphragme déterminant une secousse brusque des parois abdominales et thoraciques et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement et la vibration sonore des lèvres de la glotte ».

C'est Béclard qui en a fait la meilleure étude et la pathogénie du hoquet date de lui. La bibliographie sur la question est énorme, elle est très bien résumée dans un article déjà ancien, de Berthier, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 juillet 1905 et dans une *Thèse* de Guidoni, de Montpellier 1912. Il semble que les auteurs modernes aient un peu délaissé ce phénomène qui constitue cependant un symptôme précieux de bien des affections. Peut-être même est-ce parce qu'il est trop général qu'il a été laissé dans l'ombre. L'épidémie actuelle rappelant l'attention sur lui, sera une excellente chose.

Le hoquet nous apparaît comme une modalité de l'acte respiratoire, une modification intermittente du rythme ordinaire, sous l'influence d'une cause pathologique. Le Professeur Pitres, à propos de l'hystérie, classant les divers spasmes respiratoires, mit le hoquet dans les spasmes simples. Dans cette catégorie, la toux et le renâchement constituent les spasmes expiratoires; le hoquet et le reniflement, les spasmes inspiratoires. A propos de l'hystérie,

Déjerine dit aussi : « Le hoquet est le type des spasmes inspiratoires. Il est plus rare que la toux, il survient volontiers chez les hystériques gastralgiques, il apparaît sous une cause légère, une ingestion alimentaire ou même sans cause; il est bruyant, rare pendant les attaques, cesse pendant le sommeil, associé parfois au bâillement. »

Nous appellerions plus volontiers le hoquet : réflexe que spasme; il nous apparaît comme le réflexe inspiratoire, par opposition à la toux qui serait le réflexe expiratoire, apparaissant l'un et l'autre sous l'influence d'une cause pathologique. Ils font partie l'un et l'autre de l'ensemble des phénomènes respiratoires, ils sont dépendants des mêmes centres cérébraux et bulbaires, des mêmes nerfs, des mêmes muscles, des mêmes organes.

Il existe un centre cérébral de la respiration, dans la région de l'opercule : c'est un centre supérieur, présidant aux mouvements volontaires de la respiration et contrôlant peut-être dans une certaine mesure les actions du centre inférieur ou bulbaire. Car le vrai centre respiratoire est dans le bulbe (Galien, Legallois 1812, Flourens), c'est là le centre véritable, autonome et qui se suffit à lui-même pour maintenir automatiquement cet ensemble de mouvements inconscients qui forment la respiration. Déjerine dit : « Il existe dans le bulbe, un centre respiratoire double et bilatéral, situé vers la pointe du V du *calamus scriptorius*, au niveau de l'origine du pneumogastrique. Il se compose de deux portions distinctes : l'une présidant à l'expiration, l'autre à l'inspiration. Le centre bulbaire est influencé par diverses impressions sensibles (voie centripète) dont la voie principale est le pneumogastrique et aussi les centres cérébraux de la phonation et de la respiration, qui sont localisés dans l'opercule. D'autre part, le centre bulbaire commande aux centres médullaires d'innervation des muscles respiratoires, qui siègent entre la quatrième paire cervicale et la huitième dorsale, parmi les centres médullaires qui président aux actes moteurs de la respiration, la

voie centrifuge la plus importante est celle du nerf phrénique. »

D'après Milavsky (1885), de l'Université russe de Kazan, ce centre bulbaire serait un peu au-dessous des noyaux du pneumogastrique et en dedans des racines de l'hypoglosse.

La physiologie nous apprend enfin que les centres respiratoires réagissent aussi par mode réflexe aux impressions sensibles venues de la périphérie générale ou de la périphérie pulmonaire (Gley), par irritation de la muqueuse nasale, par exemple, par la voie du trijumeau ou du nerf laryngé supérieur.

Nous rencontrerons donc le hoquet dans toutes les affections qui peuvent intéresser le territoire du pneumogastrique et même du phrénique, car ce dernier contient quelques fibres sensibles centripètes. Une excitation portant sur les filets terminaux de ces nerfs, ira se réfléchir au niveau des centres bulbaires, déterminant le spasme des muscles thoraciques et du diaphragme. L'excitation peut être directe et porter sur les centres eux-mêmes.

Il faut admettre une excitation continue, produisant par sommation des effets, une réaction intermittente; il faut admettre aussi qu'elle est élective et ne s'exerce que sur certains filets se rendant aux centres de l'inspiration, ou que ce centre seul est excité.

Nous aurons donc du hoquet : dans les affections gastriques, à la suite d'aliments trop chauds ou trop froids; de liquides trop riches en acide carbonique; d'un repas trop rapide; de liqueurs prises à jeun; dans l'ivresse; dans toutes les gastrites aiguës ou chroniques, le cancer, l'ulcère, la dyspepsie banale avec hyperchlorhydrie et dilatation; dans toutes les affections du pharynx et de l'œsophage, du péritoine et des intestins : appendicite, hernie étranglée, occlusion, affections vermineuses; dans certaines affections génito-urinaires : calculs, néphrites, cystites, cancer, dans les affections de l'utérus, pendant la grossesse, dans les traumatismes de l'abdomen, les compressions médiasti-

nales, les pleurésies, surtout la pleurésie diaphragmatique (Guéneau de Mussy), les abcès sous-phréniques, les péricardites, dans toutes les causes d'irritation de la muqueuse respiratoire. Le froid peut également le produire (Achintre). Enfin certaines affections des nerfs périphériques et certaines lésions médullaires peuvent aussi le produire (Huchard, Daunic).

Il existe aussi un hoquet bien connu des fumeurs qui se produit quand une parcelle de tabac vient toucher la luette et est avalée avec la salive. Il existe des hoquets de cause centrale, des hoquets hystériques (Pitres et Charcot), souvent même le hoquet est une des premières manifestations de l'hystérie. L'émotion est également capable de le faire naître chez certains névrosés : c'est un hoquet de cause psychique. On le retrouve aussi dans l'épilepsie et la chorée. Certains cas ont été signalés dans le saturnisme, dans les auto-intoxications, les infections générales, les cachexies, les traumatismes du cerveau et du bulbe, les grandes hémorragies, et enfin au moment de l'agonie.

Enfin le hoquet hystérique est susceptible, par suggestion, par imitation, de devenir contagieux; l'exemple le plus célèbre de hoquet de ce genre, est l'épidémie de hoquet au couvent de Monterey (Espagne, 1737), où toutes les religieuses se mirent à hoqueter pendant un certain temps.

CHAPITRE III

Le hoquet épidémique.

Il est bien certain que le hoquet, et même le hoquet contagieux, est connu depuis les temps les plus reculés. Platon en a parlé, Galien aussi. M^{me} de Sévigné écrivait à sa fille : « Madame de Durfort se meurt d'un hoquet et d'une fièvre maligne. »

Thomas Sydenham, ainsi que l'ont fait remarquer les docteurs Mauriac et Grenier de Cardenal (journal de Médecine de Bordeaux, 25 mars 1921) a dit dans son *Traité de Médecine pratique*, sous la rubrique : Fièvres épidémiques des années 1673, 1674, 1675 : qu'il existait un hoquet convulsif, comme symptôme ou comme séquelle de cette épidémie (que l'on considère aujourd'hui comme l'encéphalite probable). Nous lisons dans cet auteur : Cette dernière fièvre n'est donc que symptomatique et elle est souvent accompagnée d'un hoquet qui revient par intervalles et qui subsiste même durant quelques jours après que la fièvre a cessé, mais qui se dissipe de lui-même à mesure que les forces du malade se rétablissent.

Ceci n'a qu'un intérêt historique. Il est bien certain qu'en présence du hoquet tel que l'ont présenté nos malades, on se trouve en présence de quelque chose d'inconnu. Tel a été l'avis de tous ceux qui l'ont constaté. Ce hoquet n'était pas un hoquet banal, car il durait trois jours en moyenne et allait jusqu'à dix jours. Il s'accompagnait non pas d'un état fébrile, mais d'un état nauséux,

avec courbature légère ; il durait jour et nuit ce qui n'existe pas pour le hoquet hystérique, il ne se montra pas contagieux du tout ; car si quelques cas d'ailleurs très rares et peu concluants ont été signalés à Paris, nous n'avons pu constater aucun cas semblable dans la région bordelaise ; par contre il revêtit une allure épidémique puisque les premiers cas signalés datent des derniers jours de novembre 1920, que l'épidémie augmenta en décembre, où elle atteignit son apogée, puis alla en s'éteignant en janvier et février.

Le type clinique de ce hoquet était donc bien particulier et bien simple comme symptomatologie : pas de période prodromique, début très brusque dans la majorité des cas, quelques fois un état nauséux, quelques douleurs gastriques, quelques frissons, jamais de température ; parfois dès le début le hoquet prend l'allure et la fréquence qu'il gardera toujours, d'autres fois il va en s'accéléralant, pour se ralentir vers la fin. Sa cadence la plus fréquente est de une secousse toutes les cinq secondes. La plupart du temps ces secousses s'accompagnaient d'un bruit glottique retentissant, bien rares étaient les malades qui savaient ou qui pouvaient étouffer leur hoquet.

La contraction était en général unique, mais dans plusieurs cas elle était multiple, il y avait redoublement du spasme diaphragmatique ; cela se produisait surtout quand la maladie était à son apogée. Une fois il nous a été signalé trois secousses successives ; en général le hoquet était continu, avec quelques pauses de temps en temps, toutes les demi-heures environ, parfois plus. Les repas étaient très difficiles, bien que souvent aussi, l'introduction dans l'estomac d'un peu de liquide ou d'aliment chaud suffise à amener une période de calme, assez courte il est vrai. Les nuits en général étaient mauvaises, rares étaient les malades qui pouvaient s'endormir.

D'abord non douloureux, ce hoquet si long et si fréquent, déterminait vite des douleurs abdominales, épigastriques,

dorsales, que chaque secousse exaspérait encore. La durée, d'une façon ordinaire, était de trois jours, ce fut le chiffre moyen ; les cas les plus courts étaient de trente-six heures, les plus longs de dix jours ; dans ces cas, bien entendu, il y avait des périodes de repos plus ou moins longues.

Aucun autre phénomène n'accompagnait ce hoquet, la fin arrivait brusquement, il se produisait une pause qui était la dernière ; ne voyant pas le hoquet revenir, le malade en éprouvait un immense soulagement, il se sentait guéri de suite (observation n° I), d'autres fois il restait une certaine fatigue, un peu de courbature, qui dura cinq jours dans l'observation n° II. Aucune suite, rien de particulier dans les jours suivants.

Nous ne préjugerons rien ici de la nature de ce hoquet, nous n'en parlerons qu'après la discussion des hypothèses soulevées ; mais nous pouvons dire, qu'aucune affection viscérale n'ayant été constatée d'une façon constante, ce hoquet, n'étant le signe d'aucune autre affection, peut être séparé des autres hoquets symptomatiques, et considéré comme idiopathique.

Ses caractères cliniques, et son allure franchement épidémique, suffisaient d'ailleurs à le différencier ; ce hoquet à lui seul constituait toute la maladie. En plus de ces raisons qui lui donnent un caractère particulier, l'inefficacité de tous les traitements plaide également en cette faveur. Nous pouvons signaler ici que des moyens ordinaires employés, aucun ne réussit, et ils furent nombreux, car cherchant à tout prix à se débarrasser de ce hoquet importun et pénible, les médecins atteints mirent tout en œuvre : boissons froides, glace, pastilles de cocaïne, eau chloroformée, eau de laurier cerise, extrait de belladone, arrêt de la respiration, gymnastique respiratoire, position horizontale sur le ventre, compression des globes oculaires, des phréniques, compresses chaudes ou froides sur le ventre, moyens de bonnes-femmes consistant à se faire peur, à réciter sans respirer une longue prière, ce fut en vain.

Nous signalerons cependant quelques modifications intéressantes que subissait ce hoquet sous l'influence du décubitus, des repas et du sommeil. La position horizontale sur le ventre ou sur le dos, semblait amener pour un moment un arrêt ou une diminution des secousses, dans un certain nombre de cas. Alors que pour certains malades la vue seule des aliments ou la moindre tentative d'alimentation suffisait à exaspérer le hoquet, pour d'autres au contraire la prise d'un peu de liquide chaud en général semblait exercer une action sédative. Le sommeil, qui en général suffit à arrêter toutes les manifestations hystériques, était assez difficile; dans plusieurs cas cependant, la diminution des mouvements respiratoires, qui précède le sommeil, amenait un ralentissement du hoquet ou une sédation complète. Il semble que l'excitabilité du phrénique et du diaphragme était diminuée par ce repos relatif des fonctions de respiration.

Signalons aussi comme particularité de ce hoquet, un refroidissement, une exposition à un air froid, après un travail ou un séjour dans une pièce chaude, que nous retrouvons à l'origine de presque tous nos cas observés.

L'âge a paru sans influence, nous n'avons à notre connaissance aucun cas survenu chez l'enfant. Les antécédents pathologiques héréditaires ou personnels paraissent sans importance. Le terrain nerveux ne constitue pas une prédisposition. D'une manière générale, les malades observés étaient des gens très normaux et en parfaite santé.

Nous ferons remarquer que tous les cas cités dans ce travail (sauf un) sont survenus chez des hommes, cette remarque a été faite à Paris, à la Société Médicale des Hôpitaux; le hoquet épidémique prédomine chez l'homme d'une façon particulièrement frappante.

Aucun cas de contagion ne nous a été signalé, sauf le cas du docteur B... (observation n° V), sur lequel nous faisons toutes réserves.

CHAPITRE IV

Les Hypothèses.

En parcourant les communications faites aux diverses sociétés parisiennes, on se rend compte qu'il existe trois opinions au sujet de la nature de ce hoquet. Les uns en font une modalité de l'encéphalite léthargique; les autres n'y voient qu'une forme parcellaire de grippe, d'autres enfin une affection particulière, une entité morbide dont le génie épidémique se serait soudain révélé vers novembre 1920.

HOQUET ET ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE.

En faveur de l'identité de nature entre le hoquet et l'encéphalite il y a de gros arguments; l'argument chronologique, c'est l'opinion de M. Netter et M. Sicard, qui admettent une parenté sinon une identité entre les deux affections. M. Dufour avait déjà signalé des cas de hoquet à propos de l'épidémie d'encéphalite de l'hiver 1919. On peut objecter que, sans doute, les formes myocloniques de l'encéphalite, avec secousses diaphragmatiques étaient connues, puisque cette forme fait partie de la classification proposée par le Professeur Cruchet dès 1917; mais il faut croire que le hoquet n'était pas bien fréquent ou bien net, car cette année là il ne s'est pas imposé comme une maladie nouvelle; d'ailleurs il n'y a eu aucun cas signalé pendant l'épidémie de l'hiver 1918.

Effectivement le hoquet est apparu en décembre, période

à laquelle apparaît aussi l'encéphalite, cependant il n'y a pas synchronisme absolu entre les deux maladies : le hoquet s'éteint plus vite que l'encéphalite, on ne voit pas bien pourquoi. Et puis cet argument est de peu de valeur, car décembre avec les premiers froids est le moment où l'organisme, diminué dans sa résistance, se prête à toutes les infections ; c'est le moment où se réveillent les affections dites saisonnières, où le froid seul est en cause, comme cause occasionnelle, et l'identité ou la parenté de toutes ces affections ne s'affirme pas pour cela. Elles ont un point commun, si l'on veut, leur réveil sous l'influence du froid, et c'est tout.

Un deuxième argument est l'identité des secousses diaphragmatiques. Nous savons d'ailleurs que deux causes différentes peuvent produire les mêmes effets, et il nous semble avoir relevé quelques différences entre les deux secousses : dans les cas d'encéphalite à forme myoclonique que nous avons vus, les contractions prédominent d'un côté (à gauche bien souvent) ; la secousse diaphragmatique n'est pas symétrique, de plus elle s'accompagne d'un spasme des muscles de la paroi d'un côté seulement, et aussi souvent la secousse clonique s'étend de la poitrine au cou, quelques fois au bras et toujours d'un seul côté, du côté où se fait la secousse diaphragmatique. On a vu, à Paris, ces secousses aux Rayons X, elles surprennent toujours le diaphragme pendant l'inspiration, pendant qu'il s'abaisse ; elles ont prédominé à gauche dans les cas observés.

Nous ne croyons pas qu'on puisse retrouver cette régularité dans le hoquet qui nous occupe, et là les secousses sont rigoureusement symétriques, les malades se plaignent des deux côtés ; les muscles abdominaux sont rarement intéressés, ceux du cou jamais. Enfin, tandis que le hoquet épidémique est plutôt bruyant, provoquant l'hilarité de l'entourage, le hoquet encéphalique semble sourd, étouffé, et l'on peut dire que la gravité de ce phénomène est en

raison inverse de sa sonorité, souvent même il n'y a aucun bruit, c'est une secousse sourde (Dufour).

Le dernier argument d'identité est tiré de certains cas où le hoquet et l'encéphalite se suivaient chez le même malade : où l'on assista à une contagion réciproque. Sur le très grand nombre de cas d'encéphalite, les manifestations de ce genre constituent un nombre excessivement petit. Dans toute la région bordelaise, nous l'avons déjà dit, nous n'avons vu aucun cas de ce genre, jamais le hoquet n'a dégénéré en encéphalite.

M. Courtois-Suffit a observé un cas de hoquet fébrile suivi de mort. Ratheret et Bordet ont vu une encéphalite évoluer en trois phases : hoquet, puis myoclonie, puis léthargie. Rivet a vu un cas de hoquet suivi d'encéphalite. C'est peu. Jusqu'à présent on peut dire, qu'en dehors du cas de Courtois-Suffit, le hoquet ne s'est jamais accompagné d'aucun des éléments qui caractérisent la symptomatologie et l'évolution de l'encéphalite.

D'ailleurs tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître la haute gravité des formes myocloniques de l'encéphalite, et pour admettre aussi la bénignité de ce hoquet épidémique qui passe tout seul, en trois jours. L'état fébrile, les courbatures, les algies cervicales, brachiales, lombaires, très atténués dans ce hoquet, ne constituent pas une preuve. Les phénomènes prodromiques sont surtout gastriques et laryngés.

Il faudrait admettre vraiment une localisation bien élective au virus de l'encéphalite et un virus bien atténué ; or les deux épidémies débutent presque ensemble et vont de pair, puis l'une disparaît bien avant l'autre.

Ce serait le seul exemple d'encéphalite monosymptomatique. On sait combien polymorphe dans ses manifestations est cette affection, quelqu'un voulait la nommer encéphalite serpigineuse ; elle rampe d'un noyau à l'autre et s'il n'y a pas toujours coexistence des symptômes il y a toujours succession. Tous nos cas de hoquet seraient donc des loca-

lisations exclusives sur un noyau ou sur un fragment de noyau moteur ! C'est contraire à la nature du virus encéphalique qui ne connaît pas de manifestations parcellaires de ce genre, et si éphémères. Une encéphalite dans cette région anatomique, une encéphalite bulbaire aurait une autre symptomatologie.

Un des partisans de cette théorie avait proposé de traiter les encéphalitiques par le sérum de personnes convalescentes du hoquet : la méthode n'a rien donné, il est vrai que rien ne fait prévoir l'existence dans le sang d'anticorps spécifiques vis-à-vis de l'encéphalite, car on sait que le virus est capable de demeurer longtemps dans les centres nerveux.

HOQUET ET GRIPPE

La deuxième hypothèse est celle de l'origine grippale. Elle est défendue par Paul Blum. La grippe est la maladie protéiforme par excellence, le hoquet serait une atteinte légère, accompagnée de catarrhe gastrique, avec réaction diaphragmatique. Cette supposition paraît plus vraisemblable.

Les arguments de temps sont les mêmes que pour l'encéphalite. Le catarrhe gastrique, la douleur pharyngée sont des phénomènes fréquents dans la grippe. Il y a presque toujours de la rhinopharyngite au début du hoquet. Il existe un cas de hoquet qui fut suivi au bout de six à sept jours d'otite grippale ; dans le pus qui s'écoula spontanément on trouva un coco-bacille court ne prenant pas le Gram, donnant sur gélose des colonies colorées. Cette otite moyenne avait tous les caractères d'une otite grippale et il est facile d'expliquer que du rhino-pharynx où il avait d'abord cultivé, excitant le phrénique, le virus avait pénétré dans la trompe d'Eustache.

Il existe un cas de contagion dans lequel la sœur du malade qui présentait le hoquet, fut atteinte, tandis qu'elle soignait son frère d'un état grippal fébrile, et on décela chez

elle des signes de congestion de la base droite. Dans notre Observation III nous avons entendu, en auscultant soigneusement le malade, quelques râles fins au niveau de la base droite. Le Professeur Cruchet qui examina le Docteur B... (Obs. V), découvrit aussi vers le cinquième ou le sixième espace intercostal droit, contre le sternum, un foyer de frottements pleuraux très localisés.

Dire que ces faits plaident en faveur de la grippe serait exagéré. La grippe d'ailleurs est encore loin d'être précisée comme entité nosologique; seule la bactériologie ou des réactions de laboratoire pourraient nous renseigner exactement, or nous n'avons encore aucune ressource sur ce sujet. Les deux observations rapportées plaident tout simplement en faveur d'une origine infectieuse le long des voies respiratoires amenant cette réaction spéciale qu'est le hoquet.

Pour terminer la discussion sur la grippe, nous tirerons un gros argument de la notion de contagiosité. Alors que la grippe est une des maladies les plus contagieuses qui existent, que rarement quelqu'un y échappe quand les personnes de son entourage sont atteintes, le hoquet au contraire semble presque entièrement dépourvu de contagiosité. A Paris, quelques cas très rares et peu probants ont été signalés. Le Docteur P..., a vu un de ses élèves atteint de hoquet peu de jours après avoir eu le sien, le Docteur L... a vu le même jour trois cas de hoquet dans le même quartier; ces faits nous paraissent plutôt devoir être interprétés comme des phénomènes d'épidémicité que de contagion. Cela nous semble capital.

HOQUET ET COQUELUCHE

Une troisième hypothèse veut que le hoquet ne soit qu'une manifestation spéciale d'une maladie connue comme la coqueluche par exemple : identité de l'état infectieux du début, catarrhe rhino-pharyngé, phénomènes spasmodiques,

notions d'épidémicité. Nous aurions à répéter à peu près ce que nous avons dit pour la grippe. Le hoquet ne frappe pas les enfants qui sont si fragiles à la coqueluche et, à l'encontre du hoquet, la contagiosité de cette dernière affection est extrême.

HOQUET ET SUGGESTION

Clovis-Vincent a attiré l'attention de la Société médicale des Hôpitaux sur des faits possibles de suggestion, d'imitation. A la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux (Séance du 17 décembre 1920), M. le Docteur Molin de Teyssieu a dit : « L'influence du psychisme sur le hoquet est très grande et l'on pourrait craindre que cet élément psychique ne devienne un facteur de diffusion de l'épidémie.

Le Docteur M... qui nous a communiqué trois cas de hoquet nous a signalé cette étiologie possible chez deux de ses malades, hommes du monde, au courant des nouvelles médicales et ayant entendu parler du hoquet. Il a essayé chez eux, sans résultat d'ailleurs, la suggestion. C'est en songeant à ces faits possibles que nous avons appelé au début de notre travail, le hoquet épidémique : la maladie à la mode de 1920.

L'histoire du couvent de Monterey, où toutes les religieuses furent saisies de hoquet au point de ne plus pouvoir chanter mâtines, en est un exemple saisissant. Il s'est répété d'ailleurs plusieurs fois dans l'histoire. Le bâillement, le fou-rire, l'éternuement sont contagieux ; pourquoi le hoquet ne le serait-il pas ? L'imitation d'un hoquet est chose difficile, cependant sur un terrain névrosé la chose est possible. Nos malades ne pouvaient être suspectés d'hystérie. Presque tous ignoraient le hoquet épidémique et les docteurs eux-mêmes l'observaient pour la première fois. Nous savons aussi que l'épidémie frappe plus souvent les hommes que les femmes.

Toutes les manifestations hystériques s'arrêtent durant

la nuit ou le sommeil, et nous avons vu que ce hoquet durant jour et nuit troublait fort le repos des patients.

Nous avons dit que le hoquet des infections graves était plutôt étouffé, que celui de l'encéphalite était une contraction sourde sans bruit glottique, nous voulons signaler qu'au contraire le hoquet hystérique est sonore, quelques fois invraisemblablement, il semble qu'il y ait là un petit moyen de le reconnaître.

Un des médecins nous a signalé que pendant que l'attention de son client était attirée sur le cas de sa fillette souffrante, son hoquet sembla s'arrêter, pour reprendre plus violent que jamais quand il quitta son cabinet. Ceci ne constitue pas une preuve de la nature hystérique de l'affection, car nous connaissons bien des algies; maux de dents par exemple, qui cèdent à l'influence d'une émotion : vue du cabinet du dentiste, et n'en ont pas moins pour cela un substratum matériel qu'il faut traiter. Nous avons dans deux cas au contraire observé que l'effort du patient pour nous raconter son histoire, et faire taire devant nous cette incommode manifestation, suffisait pour rendre le hoquet plus fréquent et plus sonore que jamais.

CHAPITRE V

Discussion.

Ayant éliminé l'hypothèse de manifestations hystériques, et l'influence de la suggestion ; de l'identité de nature entre l'encéphalite et le hoquet ; et l'existence de relations avec la grippe ; il nous reste à essayer d'établir quelle nous paraît être la nature véritable de ce hoquet.

Un livre nous a été précieux par l'abondance de son enseignement, et la façon de présenter des connaissances déjà vieilles, sous un jour nouveau pour nous ; nous voulons parler de l'épidémiologie de Kelsch. Mieux placés que les médecins civils pour juger d'une maladie dans son ensemble, les médecins militaires sont depuis longtemps familiarisés avec ces notions de manifestations morbides subites, qui, tout d'un coup sans qu'on puisse les définir et les reconnaître, prennent un génie épidémique nouveau et s'abattent sur une quantité considérable de victimes.

Ils sont habitués aussi à rencontrer à l'entrée de chaque hiver et de chaque printemps, l'éclosion brusque de maladies épidémiques, que pour cette raison on nomme « saisonnières ». Ils sont plus accoutumés de tenir compte des influences des saisons, de ce qu'en général on appelait autrefois les météores.

Nous avons lu ce livre, et parcouru également les autres ouvrages de cet auteur, avec infiniment de plaisir et de profit sans doute.

Rompant avec le système de classifications trop rigides, nous avons saisi là : l'infinie variété des manifestations nosologiques d'une même maladie, et l'influence du temps et de l'espace sur sa physionomie clinique. La maladie a une histoire et même une géographie. Les phénomènes pathologiques ne doivent pas être considérés avec la même rigueur que les phénomènes physico-chimiques ; ils sont des manifestations de la vie et comme tels doivent être regardés avec plus de souplesse et de largeur d'esprit. Point n'est besoin d'être bergsonien pour s'apercevoir que la vie et ses phénomènes, constituent une entité fuyante, changeant sans cesse, trouvant dans cette variation même sa principale raison d'être, et possédant ce privilège unique de ne jamais se répéter, de revêtir à chaque instant des formes nouvelles, sans pour cela cesser de rester elle-même : elle évolue.

Toutes les fois qu'on veut la regarder avec des instruments trop précis, la mesurer d'une façon trop mathématique, elle s'échappe ou nous condamne à des erreurs dont on doit un jour convenir. Il n'est aucun cadre exact qu'on puisse lui imposer, sans crainte de se voir démentir plus tard.

Le hoquet épidémique qui nous occupe, et qui s'est abattu sur nous au début de l'hiver dernier, nous paraît ressembler singulièrement à ces pyrexies saisonnières, à ces algies indéterminées dont parlent tous les médecins et les statistiques militaires.

Non contagieux mais épidémique (avec la notion d'une épidémicité assez légère) il nous apparaît comme le réveil de virulence sous l'influence des premiers froids humides d'un germe banal qui n'est, ni celui de la grippe, ni celui de l'encéphalite ; d'un germe peut-être saprophyte normal de nos voies respiratoires et digestives supérieures, qui pour des raisons que nous ignorons s'est élevé tout d'un coup du rang de parasite au rang de pathogène ; au point de revêtir brusquement une allure spécifique, et devenir

capable en colonisant, pour quelques jours dans notre cavité nasale ou pharyngienne, peut-être même le long de notre muqueuse respiratoire ou digestive, d'engendrer cet état peu fébrile, mais nauséux avec algies discrètes et courbatures, ce catarrhe gastrique si fréquent, et enfin cette irritation des filets sensitifs terminaux du pneumogastrique en donnant naissance ainsi à ce hoquet invincible, si gênant et si curieux.

Il est bien certain que le hoquet auquel nous avons affaire, n'est pas d'origine centrale, n'est pas symptomatique non plus d'une autre affection; et qu'il est dû à une simple irritation des filets terminaux du pneumogastrique. Nous croyons les noyaux bulbaires entièrement intacts dans cette affection, dont la pauvreté symptomatologique plaide en notre faveur.

Nous localisons l'élément infectieux au niveau des voies digestives ou respiratoires, à cause du catarrhe gastrique, des quelques phénomènes pulmonaires que nous avons pu surprendre dans quelques cas, et enfin du mal de gorge signalé au début toujours par les malades.

Pourquoi ce hoquet apparaît-il avec cette physionomie si spéciale au début de décembre 1920 ? Ici les considérations épidémiologiques nous sont d'un grand secours : influence du froid, association peut-être de plusieurs germes, évolution normale dans le temps d'un élément qui, autrefois capable seulement d'une irritation très légère des muqueuses, a vu sa puissance augmenter par des passages en série chez de nombreux sujets, des animaux peut-être, et a acquis ce pouvoir spécial d'irriter par sa présence ou par ses toxines, les rameaux sensitifs qui se rendent au noyau inspiratoire du bulbe. L'action du froid, suffirait peut-être à expliquer la prédominance de la maladie chez l'homme, plus exposé aux intempéries, et aux variations brusques de température : c'est même la seule explication possible de particularité.

A la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux on

a dit qu'en cherchant dans les vieux auteurs, on trouverait sans doute des relations analogues aux relations actuelles sur le hoquet. Il a dû, ce germe inconnu, manifester plusieurs fois au cours des âges, sa curieuse action pathologique. A lui aussi, son histoire se répète; nous avons assisté en décembre à un retour, périodique peut-être, de cet événement; si des cas se sont produits antérieurement, ils ont été trop bénins, ou trop peu nombreux pour qu'on les prenne en considération.

Le germe de l'encéphalite lui-même n'a-t-il pas évolué au cours des âges? Il est certain qu'il n'est pas venu au monde dans le courant des années 1915 et 1916, époque à laquelle le Docteur Cruchet constatait les premiers cas. Qui pourrait dire que ce germe n'a pas existé de tout temps, que l'humanité ne le traîne pas avec elle, depuis ses origines, et que des influences inconnues lui ont donné cette affinité terrible pour le système nerveux et cette action pathogénique que nous connaissons.

Les grandes races animales s'adaptent sans cesse à des conditions nouvelles de vie; les races microbiennes connaissent des évolutions plus rapides, et de leurs conditions nouvelles de vie naissent des rapports nouveaux avec leur hôte, et des influences pathologiques nouvelles. Il faut du temps pour que l'organisme parasite réagisse à l'hôte nouveau, pour que la maladie s'allume dans l'espèce humaine; il en faut aussi pour que les organismes s'accoutument ou triomphent. Si par malheur cette adaptation ou cette victoire ne se produit pas, le parasite transmettant à ses descendants ses caractères acquis, donne une race microbienne nouvelle dont les effets certains et bien fixés sont redoutables.

L'agent du hoquet épidémique n'a jamais pu se résigner à un saprophytisme complet, il n'a jamais pu s'élever au rang de pathogène bien défini. Décembre 1920 a connu le maximum de son effort, peut-être reparaitra-t-il sur la scène l'hiver prochain, mais il est condamné sans doute

de par la loi de son évolution cyclique à rentrer dans l'ombre, d'où il n'est sorti qu'un moment, pour jeter sur l'homme cette maladie peu grave que l'on a nommé hoquet épidémique.

Généraliserons-nous notre opinion au point d'en rejeter toute autre? Non. Nous demeurons persuadés, par exemple, que l'imitation a joué un certain rôle dans l'épidémie de 1920. Nous savons que l'encéphalite à forme myoclonique donne elle aussi des secousses diaphragmatiques, et nous estimons que certains hoquets relevaient d'elle; cas de Courtois-Suffit, de Rathery et Bordet, de Rivet.

Nous pensons aussi que certaines gripes ont présenté, avec de la toux, quelques manifestations de hoquet : nous n'oublierons pas, en un mot, que le hoquet n'est qu'un symptôme dont les causes sont multiples. Mais nous réservons notre hypothèse à l'immense majorité des cas connus, à tous ceux, en particulier, que nous avons observés et qui forment bien le type de ce qu'on a appelé le hoquet épidémique.

Le Professeur Petges écrivait dans la *Gazette des Sciences médicales*, du 6 février 1921 : « Ce que j'en ai vu m'incite à penser plutôt que le refroidissement peut provoquer ce syndrome, à la façon d'une angine, d'une bronchite, d'une diarrhée. Il s'agit assurément d'une infection très particulière, peut-être banale, analogue à certaines manifestations intra-articulaires rhumatismales ou rhumatoïdes. On connaît, dans l'armée en particulier, l'existence de myalgies, lumbago, torticolis à allure épidémique, j'en ai observé jadis en hiver et au printemps. »

Déjà, en 1903, dans les *Archives de Médecine des Enfants*, au sujet de l'Angine diphtérique, M. le Professeur Cruchet écrivait : « Au reste, en quoi y a-t-il nécessité que tel microbe donné soit forcément le facteur unique de telle maladie donnée? Voici un pneumocoque ou un colibacille, qui pour une raison ou pour une autre, a longtemps séjourné dans une gorge : il s'est accoutumé à ce milieu

— qui est un milieu spécial — et il est arrivé à y vivre, croître et reproduire.

« Croyez-vous que, si par un moyen quelconque, peut-être par les soins de ce « génie épidémique » dont parlaient les vieux auteurs, il se trouve mis en contact avec les divers tissus d'un individu quelconque, il ne choisira pas de préférence, le milieu spécial, ce milieu de la gorge auquel il s'était habitué depuis plusieurs générations?... »

Et plus loin : « Il faut en convenir tout de suite, les mots varient de sens avec les époques. La spécificité telle que la comprenait Bretonneau, n'est plus aujourd'hui la nôtre : c'était une spécificité en quelque sorte symptomatique, tandis que la nôtre est étiologique... La spécificité symptomatique ne change guère, tandis que la spécificité étiologique est essentiellement fugitive : l'une, est de tous les temps; l'autre, demeure la mode passagère d'un temps. »

Ces lignes nous semblent confirmer d'une manière éclatante, l'opinion que nous nous étions déjà fait sur le hoquet épidémique et sur la façon dont il faut comprendre ses manifestations : Cette affection a acquis une spécificité symptomatique; ce qui ne permet de rien préjuger sur son agent causal.

CHAPITRE VI

Thérapeutique.

On a dit : le hoquet épidémique résiste à tout et passe tout seul.

La compression du phrénique (Widal), du pneumogastrique, des globes oculaires, l'éternuement (déjà signalé par Hippocrate), l'émotion provoquée, l'arrêt de la respiration, tous les remèdes populaires, et toutes les formules à réciter sans respirer aussi longues qu'elles soient, la position horizontale sur le ventre, le sucre, le vinaigre, l'eau bue par petites gorgées, la glace, les tisanes chaudes, les pastilles de cocaïne, la belladone, l'eau chloroformée, la liqueur de Hoffmann, le chanvre indien, la valériane sous forme d'intrait, le bromure de potassium, la morphine elle-même, dix à vingt gouttes par jour dans du lait d'une solution alcoolique à 20 pour 100 de benzoate de benzyle, l'iodure d'éthyle en inhalations, les applications chaudes, les compresses chloroformées, les ventouses, les sinapismes au niveau de la région épigastrique, la faradisation des nerfs phréniques, bref, tous les moyens chimiques ou physiques ont été mis en œuvre. M. Labeau a signalé l'heureux effet dans un cas de la faradisation des phréniques.

Avec ce que nous avons dit sur la nature de ce hoquet, il est facile de conclure que tous ces moyens sont sans action bien nette et que livré à lui-même, le hoquet passe seul, en trois jours dans la majorité des cas.

Cependant, M. Petges a obtenu les meilleurs effets de

l'aspirine à la dose de un gramme, et cela n'est pas pour nous étonner. Nous connaissons la valeur antiseptique de ce médicament : éther acétique de l'acide salicylique, et nous savons qu'il est particulièrement efficace dans les infections peu graves, les courbatures douloureuses et autres algies, qui relèvent de l'action du froid et prennent une allure épidémique.

M. Petges ajoute : « L'action favorable si remarquable de l'aspirine que j'ai constatée est en faveur de cette hypothèse (développée au chapitre précédent) et plaide contre l'hypothèse d'une manifestation dérivant de l'encéphalo-myélite épidémique, contre laquelle l'aspirine a certainement été essayée en vain, tandis qu'elle me paraît influencer favorablement le hoquet épidémique que je vous signale. »

Jamais nous n'avons vu survenir de complications (en faisant des réserves toutefois pour le cas d'otite survenue après quelques jours de hoquet, et pour le cas de notre observation n° 10), jamais de séquelles, rien de grave dans les mois suivants.

Nous conseillons donc vivement l'aspirine (un gramme ou un gramme et demi par jour). Nous l'avons vue réussir plusieurs fois. Un cas de hoquet s'est arrêté à la trente-sixième heure (c'est le cas le plus court) : l'aspirine avait été donnée quatre heures avant.

CONCLUSIONS

1° De l'ensemble de nos observations il résulte que le hoquet épidémique a sévi à Bordeaux comme à Paris, au commencement de l'hiver dernier. Son début remonte au 15 novembre 1920. Le maximum de l'épidémie a été au mois de décembre. Elle s'est éteinte lentement en janvier et février.

2° Il est impossible de par la bénignité de l'affection de donner le nombre des cas exacts. Nous avons eu connaissance de 24 environ, presque tous chez des hommes.

3° La maladie a consisté en un hoquet continu, durant jour et nuit, allant comme durée de 36 heures à 10 jours, avec moyenne de 3 jours. Il s'accompagnait de courbature, mal de gorge léger, catarrhe gastrique et deux fois de frottements pleuraux et de râles fins.

4° Aucune complication. Aucune séquelle. Aucun rapport avec l'encéphalo-myélite épidémique ni avec la grippe. Il s'est présenté comme une affection bénigne, presque monosymptomatique, évoluant rapidement et pas du tout contagieuse.

5° En faisant la part de ce qui peut revenir à l'hystérie, des cas de hoquet dans l'encéphalite, nous pensons que le hoquet épidémique est le réveil, sous l'influence de causes

épidémiologiques que nous ne pouvons préciser, d'un germe, banal sans doute, infectant les voies digestives et respiratoires supérieures et déterminant une irritation des filets terminaux du pneumogastrique amenant le hoquet. L'action du froid est des plus nette comme cause occasionnelle.

6° L'aspirine s'est montrée le seul médicament véritablement efficace.

Vu :

Le Doyen,

Dr C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,

R. CRUCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 26 avril 1921.

Le Recteur de l'Académie,

THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

Gazette des Hôpitaux :

- BERTIER. — Le hoquet, 6 juillet 1905.
LOGRE et HEUYER. — 18 décembre 1920.
SICARD et PARAF, — 11 décembre 1920.

Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux :

- ACHARD, ROUILLAUD. — 10 décembre 1920.
ACHARD, ROUILLAUD. — 17 décembre 1920.
LØPER et FORESTIER. — Un cas de hoquet épidémique compliqué d'otite moyenne aiguë, 18 février 1921.
LAFOSSE. — 15 cas de hoquets persistants. 24 décembre 1920.
NETTER. — Origine commune de l'encéphalite et du hoquet. 21 janvier 1921.
SICARD et PARAF. — Fou rire syncopal et baillements au cours de l'encéphalite épidémique.
RAILLET. — Le hoquet épidémique à Reims. 24 décembre 1920.
RATHERY et BORDET. — Encéphalite évoluant en trois phases : hoquet, myoclonies, léthargies. 11 février 1921.
RIVET et LIPSCHITZ. — Hoquet suivi d'encéphalite. 14 janvier 1921.

Journal de Médecine de Bordeaux, 25 mars 1921 :

- GRENIER DE CARDENAL. — Encore Sydenham et l'encéphalite.

Gazette Hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux, 6 février 1921 :

- PETGES. — Le hoquet épidémique.

DÉJERINE. — Séméiologie nerveuse.

GLEY. — Physiologie.

GUINODI. — *Thèse de Montpellier*, 1912.

KELSCH. — Epidémiologie.

KELSCH. — Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles.

KELSCH. — Traité des maladies épidémiques.

